

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o 106

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1896, à 1 heure

PAR

Joseph DEVILLAS

Chef de clinique à l'Institution des Sourds-Muets

Né à Saint-Flour (Cantal) le 17 Janvier 1871

LES AFFECTIONS SYPHILITIKES

DE

L'ORGANE DE L'OUÏE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. } PINARD, professeur.
} VARNIER ET WURTZ, agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1896

106

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1896

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1896, à 1 heure

PAR

Joseph DEVILLAS

Chef de clinique à l'Institution des Sourds-Muets

Né à Saint-Flour (Cantal) le 17 Janvier 1871

LES AFFECTIONS SYPHILITQUES

DE

L'ORGANE DE L'OUÏE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM.

}	<i>PINARD, professeur.</i>
	<i>VARNIER ET WURTZ, agrégés.</i>

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON MAÎTRE EN OTOLOGIE

M. LE DOCTEUR LADREIT DE LACHARRIÈRE

Médecin en chef de l'Institution des Sourds-Muets
Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Il y a dans la syphilis de l'oreille des points encore discutés ; nous nous sommes efforcés de préciser l'état de la question sur ces points controversés, en passant rapidement sur les données qui sont classiques. Au point de vue de la surdi-matité d'origine spécifique, qui est encore des plus obscures, nous aurions voulu donner la statistique de l'Institution des Sourds-Muets ; la difficulté d'avoir des renseignements cliniques suffisants laisse trop de cas de diagnostic douteux ; nous n'avons donc pu réaliser cette idée.

Nous sommes heureux d'adresser ici l'expression de notre gratitude à tous ceux envers qui nous avons contracté une dette de reconnaissance, pendant nos études médicales.

Que nos maîtres dans les hôpitaux MM. Moutard-Martin, Marfan, le regretté D^r Pengruber, le professeur Grancher, veuillent bien agréer nos remerciements pour leurs excellentes leçons, ainsi que pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée pendant nos années d'externat.

M. le docteur Ladreit de Lacharrière est pour nous le meilleur des maîtres ; nous ne saurions assez dire ce que nous devons à son enseignement si autorisé et à sa bonté si complète ; qu'il nous permette de l'assurer de notre profonde gratitude.

M. le professeur Fournier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; il nous a fait ainsi un très grand honneur ; nous le prions de croire à notre respectueuse reconnaissance.

OREILLE EXTERNE

Le chancre de l'oreille externe (pavillon, tragus, entrée du conduit auditif) est un des moins fréquents parmi les chancres extra-génitaux. L'observation de Hulot publiée en 1879 et recueillie dans le service de M. Fournier semble être la première en date. Des observations analogues dues à Jégu, Hermet etc., portent à 12 le nombre des cas connus suivant Rupp (France médicale du 22 avril 1892). Dans son livre sur les chancres extra-génitaux, M. Fournier déclare n'avoir observé que quatre faits de ce genre.

Autant qu'on peut en juger par ce petit nombre de faits, le chancre induré de l'oreille ne semble pas présenter de caractères bien particuliers. Dû à une morsure dans une rixe dans le cas de Jégu, à un baiser sur la région légèrement écorchée dans le cas de Hermet, etc., il occupe le plus souvent le pavillon, plus rarement le tragus ou même la région retro-mastoïdienne.

Les caractères objectifs de la lésion ont été toujours assez nets pour permettre le diagnostic, l'en-

gorgement ganglionnaire est remarquable par le nombre et le volume des ganglions envahis, comme c'est du reste la règle pour les chancres de la région de la face, si riche en tissu lymphatique.

Des quatre cas de M. Fournier, deux présentèrent du phagédénisme, phagédénisme qui céda du reste au traitement local et le nombre des cas est trop restreint pour qu'on puisse en tirer une conclusion.

Un seul point à noter, c'est dans le fait de Jégu la production d'une otite externe, suivie de myringite, d'otite moyenne et de perforation, toutes lésions qui se réparèrent du reste sans laisser de traces.

Pendant la période secondaire, la roséole peut s'étendre au pavillon, ce qui n'offre qu'un médiocre intérêt. A cette même période, Jullien (1) a décrit une lésion un peu particulière du pavillon ; c'était chez un homme au 4^e mois d'une syphilis très rebelle ; l'hélix, l'anthélix, la fossette formaient une saillie uniformément rouge, indolore et molle, sous l'influence du traitement la lésion retrocéda, mais la peau resta lisse, adhérente et indurée ; il semble que tous les tissus aient été intéressés et qu'il se soit agi d'un processus de chondrite et périchondrite ; ce fait est du reste demeuré unique.

S'il faut en juger par le peu d'observations pu-

(1) JULLIEN, *Annales de Dermatologie*, X. 3 p. 215, 1888.

bliées et ce que nous avons pu observer, les syphilides secondaires n'envahissent que rarement le conduit auditif. Les syphilides circonscrites ne donnent lieu qu'à peu de symptômes et doivent de ce fait passer souvent inaperçues. Les syphilides confluentes se présentent sous la forme de papules érosives, suintantes, le plus souvent hypertrophiques. La douleur est en général peu marquée ; l'écoulement verdâtre, abondant, quelquefois fétide ; l'ouïe est souvent très obtuse mais la perception crânienne au diapason reste normale. — L'examen otoscopique du conduit est difficile en raison du gonflement des parois. En général les antécédents, la coexistence d'autres accidents spécifiques permettront de faire le diagnostic avec des otites externes consécutives à des otites moyennes purulentes, avec certaines formes d'eczéma très suintantes. Signalons à ce propos que Taylor, cité par Rupp (1) a décrit une forme sèche, squameuse offrant de grandes analogies avec les formes habituelles de l'eczéma du conduit.

L'état du tympan est difficile à vérifier. Knapp l'a vu perforé dans un cas, mais il existait en même temps des accidents pharyngés, ce qui laisse quelques doutes sur la pathogénie de cette perforation. M. Ladreit de Lacharrière dans les deux cas d'otite externe spécifique qu'il a publiés dans le Dictionnaire de Dechambre a trouvé le tympan humide,

baigné de pus, éraillé ; il existait aussi dans ces deux cas des lésions concomitantes du naso-pharynx. Quand ces dernières lésions n'existent pas, l'oreille moyenne reste intacte et les syphilides du conduit guérissent, sous l'influence du traitement mercuriel et des cautérisations au nitrate d'argent, au bout de deux ou trois mois quand l'éruption est intense ; les papules voisines du tympan sont les plus résistantes. Kipp, cité par Rupp a signalé un cas qui s'était compliqué de périostite et ostéite avec nécrose. Plus souvent l'affection a laissé comme reliquat un rétrécissement du conduit ; ce rétrécissement qui portait sur la portion osseuse dans les cas de Stœhn, de Noquet ; Urbanstchisch a signalé des troubles de l'ouïe persistants dans les mêmes conditions.

Les syphilides tertiaires du conduit sont très rares ; M. Mendel en a publié un beau cas, observé dans le service de M. Fournier.

Une femme, qui avait contracté la syphilis en avril 1891 et qui avait déjà été soignée à l'hôpital en octobre 1892 pour des syphilides tuberculo-squameuses disséminées, profondes et généralisées y revient en janvier 1893 pour une récurrence de ces mêmes lésions. Les syphilides recouvrent les deux pavillons ; elles sont suintantes et presque confluentes ; les conduits sont tapissés de croûtes et d'épiderme desquamé et rougeâtre ; le tympan gauche, sclérosé

à la partie postérieure, présentait à la partie inférieure une petite perforation qui laissait sourdre un peu de pus. Sous l'influence du traitement la guérison fut très rapide.

Une observation de Buck, rapportée à la société otologique américaine le 19 juillet 1887 semble montrer que le conduit peut être atteint dans la syphilis héréditaire.

Un enfant de 7 ans lui est présenté deux semaines après le début d'une surdité bilatérale assez prononcée ; à la partie postéro-supérieure du conduit tout près du tympan on voit une petite plaque rouge ; le diagnostic de périostite tuberculeuse probable est posé et ce n'est qu'au bout d'un mois, pendant lequel la lésion ne s'est pas modifiée que Buck pense à la syphilis, à cause d'une série d'avortements successifs, relatés dans les antécédents de la mère et, bien que l'enfant ne présente aucun stigmate, le traitement spécifique est institué et le petit malade guérit complètement aussi bien de sa lésion du conduit que de la surdité, qui tenait vraisemblablement à des lésions spécifiques plus profondes.

II

SYPHILIS DE L'OREILLE MOYENNE

Chez un sujet porteur de plaques muqueuse bucco-pharyngiennes, il est fréquent de constater des troubles de l'ouïe ; la surdité variable comme intensité est souvent intermittente : à l'examen le tympan est déprimé avec un triangle lumineux déformé ou absent ; le manche du marteau est relevé en arrière ; bref on a tous les signes de l'engouement tubaire. Une telle lésion n'a certainement rien de spécifique, les troubles de circulation amenés par le voisinage des plaques muqueuses du pharynx (parfois elles siègent même à l'orifice tubaire) ouvrent la porte à une infection banale. Convenablement traitée, cette obstruction tubaire cède assez facilement comme nous avons pu nous en convaincre dans quelques cas le cathétérisme aidé du traitement habituel des plaques pharyngiennes amène la guérison complète.

Parfois cependant l'oreille moyenne est plus sérieusement touchée : Jullien a cité un cas où l'aggravation était survenue à la suite d'une cautérisa-

tion au nitrate d'argent de plaques muqueuses extrêmement abondantes; d'autres fois c'est l'absence de traitement, une maladie antérieure de l'oreille créant un point de moindre résistance et l'on peut voir toute une gamme d'accidents de l'otite catarrhale presque sans réaction jusqu'à l'otite purulente aiguë, très douloureuse avec perforation des tympan, lésions des os et même complications cérébrales bien que ce dernier fait soit rare. Les signes la marche, les indications thérapeutiques de ces otites ne présentent aucune particularité.

Il n'en est pas de même des vrais accidents spécifiques de la caisse : ceux-ci se distinguent par la lenteur de leur évolution, leur résistance au traitement habituel ; Knapp a prétendu que dans ces cas le cathétérisme aggravait les troubles ; il peut y avoir concomitances de lésions du pharynx et Grüber, Betz ont décrit il y a déjà longtemps, l'otite spécifique primitive ; Shwartz désigne ces cas sous le nom de périostite chronique de la caisse qui semble bien la vraie appellation. Beaucoup d'auteurs cependant doutent de l'existence ou au moins de la spécificité de ces otites et Hermet dans ses « Leçons sur les maladies des oreilles » déclare n'avoir jamais vu d'otite moyenne purulente spécifique sans lésions du pharynx. Une remarquable observation de Kirchner (1) avec autopsie à l'appui

(1) Syphilis de la caisse *Le Scapel* 16 février 1890.

prouve péremptoirement la réalité de leur existence. Elle concerne un homme de 29 ans qui avait eu un chancre induré du gland en juillet 1884. Le 3 février 1887 il entre à l'hôpital accusant de violentes douleurs auriculaires ; à l'examen le tympan est rouge, opaque; on fait la paracentèse qui calme les douleurs et laisse écouler un peu de mucos-pus épais ; le malade présentait en même temps des ulcérations spécifiques du naso-pharynx. Cet homme revient à l'hôpital au mois de juillet de la même année pour de la céphalalgie, et une perforation du voile du palais et de la cloison ; il en repart très-amélioré par le traitement. En avril 1888 il se noie et l'autopsie pratiquée permet de reconnaître dans la caisse, des deux côtés, la présence d'un exsudat sanguinolent, épais ; au microscopie on voit les vaisseaux atteints d'endartérite, avec prolifération de l'endothélium, dégénéré et infiltré de graisse et de pigment, on trouve sur le promontoire des formations osseuses lenticulaires se reliant en chapelets et rappelant la périostite spécifique du tibia : ces dépôts se rencontrent aussi dans les canaux d'Havers ; les régions de la fenêtré ovale, de la fenêtré ronde, de la base de l'étrier sont dans les plus atteintes.

Ce fait démontre bien l'existence de la périostite syphilitique de la caisse ; il ne faut donc pas se presser de conclure à la non-spécificité de ces otites,

même quand on trouve des lésions pharyngiennes.

Les faits sont trop peu nombreux pour qu'on sache au juste quel est le pronostic ; il semble que ces lésions soient assez résistantes au traitement et aboutissent souvent à l'otite moyenne sèche hypertrophique que Grüber considère comme spécifique.

L'existence des gommès de l'oreille moyenne, bien que probable, n'est démontrée par aucune autopsie.

À côté de ces cas dont l'étiologie est nette, il faut placer un nombre de faits peut-être considérable où le rôle de la syphilis commence à être entrevu.

Dans ces faits c'est, soit la syphilis acquise, soit la syphilis héréditaire qui est en cause, mais on peut les englober dans une même description.

Au Congrès de Médecine internationale tenu à Rome en 1894. Gadenigo a décrit comme appartenant à la syphilis héréditaire tardive une forme d'otite affectant l'oreille moyenne avec retentissement plus ou moins marqué sur le labyrinthe ; les femmes sont plus souvent atteintes ; l'âge d'apparition est en général de 20 à 30 ans.

À l'examen otoscopique on trouve des lésions de catarrhe chronique, plus tard de sclérose : la surdité estrapidement progressive et le traitement habituel donne peu de résultats : c'est en somme en très atténué le tableau de la maladie d'Hutchinson avec prédominances des lésions de l'oreille moyenne. Le dia-

gnostic et l'interprétation sont assez difficiles, souvent même incertains ; les antécédents spécifiques sont difficiles à établir ; les stigmates manquent dans beaucoup de cas ; le plus fréquent est la kératite. Comment interpréter ces faits ?

Les lésions banales du rhino-pharynx sont très fréquentes, mais leur guérison n'a guère d'influence sur l'évolution de la surdité.

Somme toute ce qui frappe dans cette otite, banale par bien des côtés, c'est la rapidité de la marche, le caractère progressif et envahissant de l'affection, qui contraste avec le jeune âge des malades.

Gradenigo rapproche justement ces faits de certains autres où l'hérédité directe est en cause ; on voit quelquefois des descendants de sourds être atteints, souvent au même âge que leurs parents, d'une otite peu bruyante, mais à marche progressive et fatale.

Du reste l'hérédité auriculaire s'ajoute souvent à l'hérédité syphilitique. Gradenigo est revenu sur cette question dans une communication à la section otologique de la réunion des médecins et naturalistes allemands tenue à Vienne en septembre 1894, puis l'année suivante dans les Archives italiennes d'otologie.

Ses conclusions sont qu'il faudrait voir là une affection parasymphilitique au sens de M. Fournier ; la syphilis agirait à la façon d'une diathèse par une

modification de la nutrition qui rendrait certains organes fragiles aux causes pathologiques banales, représentées ici par les lésions du rhino-pharynx ; on voit la difficulté du diagnostic ; on constate bien certainement une tare, mais de quelle nature ?

Le traitement mixte, d'après Gradenigo sert de pierre de touche et donne souvent de bons résultats, sinon des succès éclatants. Il y a bien quelques objections à faire à cette manière de voir ; d'abord la difficulté très grande du pronostic après constatation d'un processus scléreux du tympan ; dans quelques cas rares et impossibles à prévoir nous avons vu des améliorations très nettes par le traitement ordinaire.

D'un autre côté, l'iodure de potassium n'est pas sans avoir parfois une heureuse influence dans des cas d'otite où la syphilis n'a rien à voir ; enfin on n'a guère coutume de voir le traitement spécifique réussir dans les affections parasyphilitiques.

A ce même Congrès de Rome, Politzer a déclaré qu'il pensait que la syphilis héréditaire ou acquise avait un rôle dans nombre de cas, étiquetés comme scléroses de la caisse ; on trouverait souvent des hyperplasies osseuses sur les bords de la fenêtre ronde, de la fenêtre ovale, sur la platine de l'étrier ; ce serait pour lui des lésions syphilitiques vraies ; mais les renseignements cliniques sont loin d'être nets et les autopsies extrêmement rare ; Habermann

dans un cas a trouvé des lésions ostéo-sclérosantes du temporal.

Cette question du rattachement à la syphilis de nombre d'affections chroniques de la caisse, bien qu'encore à l'étude présente un intérêt théorique et pratique considérable ; théorique en ce qu'elle étend le champ-d'action de la syphilis, champ démontré si vaste par M. Fournier dans ses leçons sur les affections parasymphilitiques ; en ce qu'elle tend à démembrer cette otite scléreuse où entrent des cas si disparates et à grouper un certain nombre de ces faits sous un facteur étiologique déterminé. Au point de vue pratique, elle permet d'espérer la guérison de cas de sclérose qui sont en général le *noli me tangere* des otologistes.

Dans un ordre de faits différents, mais qui n'est pas sans analogies avec le précédent, on voit chez des malades ayant dépassé l'âge de 30 ans le plus souvent, s'établir des otorrhées provenant de la caisse ; ces otorrhées sont sans réaction, fréquemment sans douleur mais d'une ténacité extrême ; si on cherche le point du départ, on ne trouve ni maladie générale, ni eczéma du conduit propagé à la caisse, ni infection des voies respiratoires supérieures ; la maladie est chronique d'emblée ; elle n'a ni l'écoulement verdâtre, ni la tendance destructive de l'otite tuberculeuse, très rare du reste à cet âge. Dans les faits de cet ordre notre maître

M. Ladreit de Lacharrière pense que la syphilis héréditaire ou acquise peut être mise en cause et nous avons vu le traitement spécifique, institué par lui être utile dans des cas rebelles. Au Congrès de Rome de 1894. M. Gellé a soutenu une opinion analogue. Quant à la nature des lésions, périostite chronique vraiment spécifique, ou otorrhée parasyphilitique, le terrain seul étant particulier, il est impossible d'en rien dire en l'absence de toute autopsie.

Les deux catégories de faits que nous venons de rappeler, observés par d'éminents praticiens, montrent bien que l'on doit, dans les affections de l'oreille, faire à la syphilis une place étiologique beaucoup plus importante que celle qui lui est accordée généralement.

En opposition avec les obscurités qui règnent encore sur les questions que nous venons de traiter, l'otorrhée de la syphilis héréditaire précoce est un type clinique bien connu et classique depuis les travaux d'Hutchinson et de M. Fournier ; nous en résumerons donc les caractères en peu de mots.

Elle est fréquente au point de constituer un des trois stigmates de la triade. On la rencontre d'après M. Fournier 42 fois sur 212 cas de syphilis héréditaire du premier âge et encore l'examen de l'oreille n'a pas toujours été pratiqué. Elle apparaît en général de quelques semaines à quelques mois après

la naissance après la rhinite spécifique et l'on peut se demander si cette dernière affection n'a pas quelque influence pathogénique vu sa fréquence et la béance de la trompe à cette époque de la vie, on a trouvé dans l'oreille du pus provenant d'un coryza syphilitique en l'absence de lésions de la caisse. Cette otorrhée est remarquablement indolente mais d'une durée presque illimitée en l'absence de traitement spécifique elle cède du reste facilement, si elle est convenablement soignée. Négligée, elle peut donner lieu à la perte totale de l'ouïe et être une cause de surdi-mutité. Moos a trouvé des lésions du périoste du vestibule et de l'étrier. Les lésions spécifiques s'accompagnent probablement d'infections banales venues du dehors ; il est donc utile de faire des lavages antiseptiques concurremment avec le traitement interne.

Baratoux dans un article de la Revue de Laryngologie de juillet 1884 a publié un cas resté unique de gomme limitée au tympan — à la partie postéro-inférieure du tympan droit, on voyait une petite tumeur ovoïde à grand diamètre dirigé en bas et en avant ; en avant du manche du marteau existait une exulcération sans perforation de la membrane ; cette exulcération se cicatrisa pendant que la gomme grandit, puis donna naissance à un peu de pus sanieux, les tympans étaient hyperémiés ; l'écoulement abondant jaune-verdâtre et les dou-

leurs auriculaires très intenses ; la guérison presque entière se fit au bout de peu de jours.

Les gommes du conduit sont aussi un accident fort rare ; elles siègent presque toujours dans la portion osseuse et se présentent sans la forme d'une petite masse rouge qui peut s'ulcérer et donner naissance à un écoulement ; on les distinguera des abcès glandulaires, circonscrits qui sont en général situés dans la portion externe du conduit.

Les hyperostoses peuvent être le fait de la syphilis et succéder à une périostite circonscrite qu'il serait bien difficile de distinguer d'une gomme non ulcérée ; en fait, il est le plus souvent impossible de fixer une étiologie précise à ces lésions, en présence du grand nombre de causes qui peuvent, dit-on, leur donner naissance.

III

SYPHILIS DE L'OREILLE INTERNE

I. — Otite interne de la Syphilis acquise.

L'otite interne spécifique est une des plus intéressantes manifestations de la syphilis sur l'organe de l'ouïe. Elle n'est certes pas très fréquente ; pour citer quelques chiffres, Mygind en trouve 7 cas sur 4,000 maladies d'oreilles observées à la clinique de Meyer à Copenhague : Gradenigo, dans la statistique de la Policlinique de Turin de 1890 à 1893 en mentionne 20 cas dus à la syphilis héréditaire et 20 aussi dus à la syphilis acquise sur 243 maladies du labyrinthe et 3.636 maladies de l'oreille. La violence des symptômes, la malignité évidente de l'affection ont cependant beaucoup attiré l'attention sur elle et le nombre de cas publiés est maintenant assez nombreux pour que la description clinique, les formes et même le pronostic soient suffisamment connus.

L'otite labyrinthique peut se montrer à tous les âges de la syphilis ; dans le cas de Hermet (Leçons sur les maladies de l'oreille) l'affection a commencé en 1884, l'accident primitif de la syphilis datant du

mois de mai de la même année. Dans l'observation de Toeplitz (*New-York Médic. Jour.* 7 octobre 1893), c'est en pleine période secondaire, en même temps que la roséole et que les plaques muqueuses que débute l'otite. C'est 5 mois après le chancre dans un cas rapporté par Felici (Société italienne de laryngologie, Rome, octobre 1892). Cette apparition précoce n'est cependant pas fréquente et l'on observe généralement les phénomènes labyrinthique à la période tertiaire, à la 6^e année de la syphilis (M. Fournier), à la 8^e (*Buck médical Record*, 6 septembre 1884), à la 15^e (Moos) ou même plus tard à la 40^e année (Pach cité par Delie, *Annales de laryngologie*, août 1893) — C'est aussi à une période tardive de la syphilis que se montre la surdité spécifique, signe avant-coureur du tabes.

Les signes prémonitoires de la surdité sont nuls en général ; c'est rarement qu'on signale des névralgies auriculaires à exaspération nocturne. Le début est le plus souvent brusque sous forme d'accès ; il est marqué dans les cas plus complets par des vomissements, des vertiges, des bruits subjectifs et une surdité considérable. La bilatéralité est la règle ; sur les 20 cas de gradenigo 4 concernent l'oreille gauche seule, et un l'oreille droite ; les 16 autres les deux oreilles ; il est même exceptionnel qu'une oreille devienne malade après l'autre.

Les vomissements ne sont pas un symptôme cons-

tant et en tout cas ils disparaissent peu de temps après le début de l'affection. Les vertiges intermittents sont quelquefois assez intenses pour occasionner des chutes ou rendre la station debout impossible ; ils ne s'accompagnent jamais de perte totale de la connaissance et laissent même l'intelligence intacte.

Les bruits subjectifs subissent des exacerbations au moment des crises de vertiges, mais sont permanents. Ils sont d'une tonalité élevée et affectent des caractères musicaux, comme c'est la règle quand le labyrinthe est en cause. La surdité peut ne survenir qu'après quelques jours de vertiges et de vomissements ; mais souvent elle se montre dès le début brusquement et elle est toujours complète. C'est le symptôme le plus durable, le plus difficile à modifier et qui survit à tous les autres. L'examen otoscopique est négatif dans les cas de labyrinthite pure ; la perception crânienne au diapason peut être abolie, en tout cas le signe de Rinne est nettement positif.

La paralysie faciale est le seul signe qu'on voit se surajouter, dans un certain nombre d'observations, à ceux déjà décrits.

Elle persiste généralement peu, mais elle a une certaine importance au point de vue de la pathogénie.

Il est rare de voir coïncider d'autres lésions syphi-

litiques et quand elles existent, elles ne présentent aucun caractère de malignité ou de résistance spécial ; dans une observation de Pach, le malade syphilitique depuis 40 ans présentait une iridocyclite spécifique et il est mort quelques mois après de cachexie syphilitique avec un foie et une rate énormes ; dans les autres observations, on se trouvait en présence d'une syphilis banale, de gravité moyenne.

Les lésions de l'oreille moyenne manquent en général dans les cas types, où la brusquerie et la violence de l'affection sont le plus marquées ; mais il existe une forme atténuée où la surdité progressive n'atteint son apogée qu'en 15 jours ou plus et n'est jamais absolue ; ces cas s'accompagnent souvent d'une otite moyenne purulente ou scléreuse.

La facilité du diagnostic dépend de la connaissance des antécédents spécifiques du malade ; l'otite des oreillons est aussi le plus souvent une otite brusque et purement labyrinthique ; mais la localisation initiale de la maladie résoudra d'avance toutes les difficultés.

La méningite cérébro-spinale, les maladies infectieuses, la leucémie seront reconnues avant l'apparition du syndrome labyrinthique, qu'elles peuvent compter au nombre de leurs complications et donneront peu prise à l'erreur. L'otite interne syphilitique n'étant qu'une des formes de la maladie de

Ménière, il n'y a pas de diagnostic différentiel à faire.

Quant au syndrome de Ménière, il consiste en des crises labyrinthiques au cours d'une maladie de l'oreille, dont le diagnostic préalable permettra de lui attribuer sa vraie signification.

Les maladies du cervelet peuvent donner lieu aux mêmes symptômes, mais le début n'en est pas brusque ; de même la conservation de l'intelligence fera éliminer l'hypothèse de congestion ou d'hémorrhagie cérébrale.

L'anatomie pathologique n'est pas encore bien déterminée ; elle est probablement variable.

Dans les cas qui se produisent au cours de la période secondaire, on ne peut penser à une gomme et la soudaineté des accidents éveille l'idée d'une hémorrhagie ou d'une extravasation labyrinthique qu'on sait pouvoir reproduire le syndrome (cas de Ménière leucémie, etc.)

L'hypothèse d'un foyer d'encéphalite ne tient pas devant l'absence de symptômes cérébraux. Moos a trouvé de l'infiltration embryonnaire du périoste, du vestibule, de la lame spirale osseuse et membraneuse. Baratoux, ces mêmes lésions avec des foyers hémorrhagiques. Schwartz, Moos et Steinbrugge dans des cas moins subits des néoformations osseuses et des lésions des vaisseaux. La paralysie faciale doit probablement être attribuée

à une compression du nerf par quelque néoformation de son conduit osseux.

Des différents éléments de la maladie, les uns disparaissent en général ; ce sont la paralysie faciale, les vertiges ; les bruits subjectifs sont plus tenaces et la perte de l'ouïe est souvent irrémédiable. Il est cependant des cas heureux où le traitement spécifique est efficace, même contre la surdité ; mais il est très difficile de faire le pronostic d'avance. Le cas cité par Hermet qui s'était produit en période secondaire et de la façon la plus soudaine et où la surdité resta absolue malgré tous les traitements, pourrait faire porter le plus fâcheux pronostic dans des cas pareils. Mais avec des apparences cliniques très semblables avec lésions bilatérales le cas de Ricardo-Botey (*Gaceta Médica Catalana*,) 15 mars 1892), le cas de Felici (Société italienne de laryngologie, etc. Rome oct. 92), le cas de Tœplitz (*New-York Médic Journ* 7 oct. 93) se sont terminés par une vraie guérison. Roosa a eu 2 succès sur 4 ; Moos 2 insuccès chez des malades à la 2^e et à la 15^e année de leur syphilis. Souvent le succès incomplet ne porte que sur les symptômes peu tenaces : paralysie faciale, vertiges, bruits (cas de Pach) où la surdité est seulement rendue moins complète (Delsaux, Société des laryng. belges, 4 juin 93).

Dans un cas de Deschamps (*Dauphiné Médical* oct. 93) où l'otite interne s'était accompagnée d'ab-

cès de la caisse la guérison fut obtenue. Il semble en effet que ces cas où il y a concomitance d'une otite moyenne présentent des symptômes moins violents et soient d'un pronostic plus favorable. On en trouve fort peu d'observations et cependant ils sont intéressants en ce que la syphilis risque plus d'être méconnue, ce qui priverait le malade d'une grande chance d'amélioration et peut-être même de guérison. Nous en donnons un exemple.

Mme M., 48 ans, a contracté la syphilis il y a 10 ans ; son mari d'après ses dires, serait l'auteur de la contagion. Elle a eu autrefois des plaques muqueuses de la gorge et différents accidents cutanés. Sa syphilis a été reconnue et traitée de bonne heure ; elle prend de l'iodure de temps en temps même sans présenter de lésions. Au mois de janvier 1896 elle a été prise d'étourdissements assez violents qui l'ont empêchée de sortir pendant 2 mois, mais ne lui interdisaient pas cependant la marche dans sa chambre ; des bruits subjectifs ont apparu en même temps, mais pas très violents ; la surdité considérable à gauche, était complète à droite.

Elle a pris de l'iodure pendant presque toute cette période.

Elle se présente à la consultation de la Clinique des Sourds-Muets le 24 mars. Ses vertiges ont cessé mais la surdité ne s'est pas améliorée ; elle n'entend pas le diapason même appliquée directement

sur le crâne. Elle présente un symptôme nouveau des douleurs dans l'oreille droite avec otorrhée peu abondante ; le tympan droit est perforé ; le tympan gauche paraît normal. Le traitement ordonné consista en des injections antiseptiques et du sirop de Gibert.

Le 21 avril, l'écoulement a disparu ; les douleurs également ; la surdité considérable encore est moins complète. On lui prescrit les insufflations d'air par le cathéter une fois par semaine et l'usage quotidien de la poire de Politzer.

Le 28 mai, l'amélioration est très importante surtout pour l'oreille gauche. Son ouïe sans être bonne est suffisante. On lui conseille de continuer son traitement général et local.

Nous avons vu par contre échouer le traitement chez un malade syphilitique probable, mais chez lequel la recherche des antécédents était difficile à cause de sa surdité. Il présentait une sclérose linguale spécifique fort nette. Les deux tympans étaient sclérosés, mais les résultats de l'examen au diapason plaident en faveur de l'extension de la lésion au labyrinthe. Les bruits subjectifs étaient peu intenses et les vertiges avaient existé, mais étaient disparus.

Le traitement ne fut pas assez efficace pour qu'il put arriver à comprendre la parole ; le seul résultat

fut de lui permettre de se garer des voitures dans la rue, ce qui est déjà appréciable.

N'y aurait-il pas avantage dans des cas qui résistent au traitement spécifique habituel à employer la méthode intensive des injections de calomel qui a donné des succès dans d'autres manifestations rebelles de la syphilis ; au congrès de Médecine internationale de Rome, en 1894, deux médecins italiens Ficano et Poli ont dit avoir employé cette méthode avec succès ; il serait désirable que d'autres essais fussent faits et peut-être verrait-on diminuer le nombre des cas où la thérapeutique resté impuissante.

Jusqu'à maintenant le traitement ordinaire a été les frictions mercurielles ; plus souvent l'ingestion d'un sel de mercure avec adjonction d'iodure ; la pilocarpine préconisée par Politzer à la Société des médecins de Vienne en 1885, comme très utile dans les labyrinthites récentes dues à la syphilis, a été très diversement appréciée ; Hermet déclare qu'elle ne lui a rien donné ; dans des cas terminés heureusement (Poli, Taplitz, etc.) elle faisait partie du traitement.

Le traitement local, révulsion, insufflations d'air, électricité sous la forme de courants continus ne doit pas être négligé dans une affection où l'on a besoin de faire appel à toutes les ressources thérapeutiques.

Il existe une forme d'otite interne qu'on observe

soit dans le cours du tabes, soit plus généralement comme signe avant-coureur dans la période préataxique. Cette forme est classique depuis l'étude qu'en a faite M. Fournier dans ses leçons sur la période préataxique du tabes ; il en cite 13 observations. Treitel sur 20 tabétiques a vu 5 surdités complètes et 1 cas où les bruits subjectifs existaient seuls ; il signale la coexistence d'une otite moyenne scléreuse. Morpurgo donne la proportion énorme de 43 atteintes du labyrinthe sur 53 ataxiques.

Cette otite débute souvent par un ictus congestif, une attaque apoplectiforme ; sa marche rapide, l'intensité et les caractères cliniques de la surdité ne la différencient en rien de l'otite interne, que nous venons de décrire ; son pronostic paraît encore plus sombre ; au moins n'en connaissons-nous aucun cas qui se soit terminé par la guérison. En présence de la fréquence de cette association avec le tabes, on doit toujours y penser en présence d'un cas de surdité brusque et profonde et se souvenir que le diagnostic d'otite interne spécifique est souvent incomplet et qu'il reste à rechercher, si elle n'est pas symptomatique d'une ataxie progressive commençante ; ce sera la recherche des autres signes de la période préataxique qui pourra permettre de dépister un début de tabes.

IV

OTITE INTERNE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

L'otite interne des syphilitiques héréditaires est bien connue depuis la description qu'en a donnée Hutchinson. On l'observe assez fréquemment et la violence des symptômes, leur marche toujours identique en font une affection qui ne peut être méconnue.

Presque toutes nos observations concernent des jeunes filles ; la période de la vie où elle apparaît est nettement déterminée ; on peut en fixer les limites entre 8 et 20 ans avec maximum vers 12 ans. C'est donc une manifestation tardive, et postérieure de beaucoup aux suppurations de l'oreille moyenne ; postérieure également aux lésions oculaires, à l'irido-choroïdite ou à la kératite parenchymateuse ; on trouve généralement des traces de ces affections. Les malformations dentaires ne manquent généralement pas, les dents sont cariées, naines etc, les incisives médianes portent l'encoche caractéristique.

Le début de la maladie est presque identique à

celui de l'otite interne de la syphilis acquise ; il frappe par sa brusquerie, sa violence ; on peut voir comme dans une observation de Delie, la perception (même la perception crânienne au diapason) abolie en une nuit chez une jeune fille, qui avait auparavant l'ouïe la plus fine. Les vomissements, les vertiges, la démarche titubante ne manquent point en général, mais ils ne persistent souvent pas.

On peut dire que ce complexe symptomatique et cette marche sont caractéristiques ; aidé par la recherche des antécédents, on ne pourra guère méconnaître la maladie.

Le pronostic est des plus sombres, plus mauvais certainement que dans la syphilis acquise, cependant on doit appliquer le traitement mixte énergiquement et avec persévérance d'abord si la surdité reste le plus souvent absolue, les autres symptômes cèdent. De plus si les cas d'amélioration de l'ouïe sont rares, ils existent cependant ; dans une observation de Haan (*Saint-Louis courier of Médecine* mars 1834) une jeune fille de 18 ans présentant les antécédents spécifiques les plus nets (triade au complet) complètement sourde depuis un an et aveugle depuis six mois, obtint du traitement mixte une amélioration continue et remarquable de la vue et de l'ouïe. Dans des conditions presque identiques, la fillette citée par Deschamps dans le *Dauphiné Médical* (oct. 93) arriva à une guérison presque complète.

Il peut exister probablement aussi des atteintes moins brusques avec participation de l'oreille moyenne ; ces cas semblent moins fréquents et sont beaucoup moins nets. Holger Myguind (Vordiskt medic, Arkiv, XXII, n° 7 1890) a publié 7 observations de malades ayant 4, 12, 11 et 17 ans, manifestement héréditaires spécifiques qui furent atteints d'une surdité progressive évidemment d'origine centrale bien que l'oreille moyenne présenta des lésions de catarrhe chronique. Le traitement fut impuissant dans tous ces cas. Le cas suivant que nous avons vu à la clinique des Sourds-Muets semble du même ordre :

P. Jeanne, âgée de 11 ans 1/2 se présente à la clinique le 27 mai ; le père est probablement syphilitique ; la mère a eu une fausse couche avant la naissance de cet enfant. La fillette présente des dents d'Hutchinson très nettes ; et une keratite parenchymateuse de l'œil droit. Elle accuse une surdité progressive, datant déjà de plusieurs mois ; des bourdonnements violents et des troubles de l'équilibre pendant la marche. Les tympanes sont opaques, un peu sclérosés ; la perception osseuse au diapason est presque abolie ; le 2 août sous l'influence du traitement tous les symptômes ont presque disparu ; sauf la surdité peu modifiée ; la keratite est à peu près guérie.

Chez une jeune fille de 29 ans à hérédité syphilitique bien probable ; (sur 14 enfants, 9 sont morts

en bas-âge, 3 ont eu des maladies d'yeux) nous avons vu également une surdité centrale progressive et profonde peu modifiée par le traitement ; cette jeunes fille présentait des dents d'Hutchinson et des déformations des tympan suite d'otorrhées datant de l'enfance. Ce cas établit, il semble, une sorte de transition entre la forme d'Hutchinson et les faits plus tardifs décrits par Gradenigo sous le nom d'otite parasyphilitique héréditaire et dont nous avons déjà parlé.

Les lésions de l'otite interne dans la syphilis héréditaire ne semblent pas différer de celles de la syphilis acquise. C'est le labyrinthe qui est incriminé ; les nerfs et les centres nerveux sont intacts ; la lésions consiste en une infiltration embryonnaire, parfois avec hémorrhagies ; il semble qu'il se fasse tardivement une ossification du tissu conjonctif Gradenigo (Archiv. für Ohrenheil XXV nov. 87).

Surdi-Mutité.

En 1871, Dalby disait (*The Lancet* 10 février 1871) : « après la scarlatine, c'est la syphilis héréditaire qui fait le plus de sourds-muets ».

En rapportant ces paroles, M. Fournier dans ces leçons sur la syphilis héréditaire déclare le sujet très sommairement connu. En effet, si personne ne constate l'importance de la syphilis, il est très dif-

ficile de la limiter à ses justes proportions.

La surdi-mutité est congénitale ou acquise ; congénitale rarement, 1 fois sur 5, d'après M. Ladreit, de la Charrière; dans les 4/5 des cas c'est une otite profonde, abolissant l'ouïe et survenant avant l'âge de 7 ans, qui est la cause de l'infirmité, la mutité isolée ne s'observe que dans des cas très rares chez des enfants arriérés ou idiots ; règle très générale, c'est parce qu'il est sourd que l'enfant ne parle pas ou désapprend le langage. Dans l'acquisition du langage qui comprend l'imitation de certains mouvements et leur interprétation, l'ouïe est un guide et un correcteur extrêmement précieux et le sourd-muet ne parvient à le remplacer par les données de la vue et du sens musculaire que par une éducation très laborieuse ; la parole qui est son et mouvement, n'est plus pour eux qu'un mouvement qu'ils ont tendance à remplacer par les gestes de la main, gestes plus facilement expressifs et plus facilement contrôlés par la vue.

Beaucoup de processus d'origine spécifique peuvent, il semble, aboutir à la surdi-mutité. Le moins contestable est certainement l'otorrhée, la vraie otite spécifique des enfants, avec extensions des lésions au labyrinthe. Etant donné la fréquence de la maladie, on pourrait s'attendre à ce qu'elle fit beaucoup de victimes ; mais il n'en est rien et en général l'oreille interne reste presque indemne ; c'est

donc une cause certaine, mais peu fréquente. Dans quelques cas on est en droit de se demander si cette otite ne date pas de la vie intra-utérine. Voici un de ces cas que nous trouvons relaté dans le recueil d'observations des enfants entrés à l'Institution des sourds-muets.

Amédée T... âgé de 8 ans entre en 1892 à l'Institution. Il est sourd de naissance ; il n'a jamais eu de maladies, d'après les dires des parents. Sur 6 enfants, 2 sont morts en naissant, 2 en bas-âge de convulsions. Il n'a pas eu de keratite ; mais les dents sont caractéristiques. Les tympans sont absolument détruits. La surdité est absolue. L'intelligence est suffisante. Dans une autre série de cas où l'on trouve les tympans normaux on se demande s'il n'a pas existé avant la naissance ou peu après, une otite d'Hutchinson précoce ; quand toutefois on ne trouve pas d'autres causes morbides et qu'il existe quelques stigmates d'hérédité spécifique ; il n'y a pas d'exemple bien net relaté d'otite interne spécifique de la première enfance mais son existence est très probable.

En laissant de côté les cas qu'on peut rattacher à une maladie infectieuse, (fièvre éruptive, etc.) il n'est pas de cause qui revienne plus fréquemment dans les récits des parents que les convulsions. Que faut-il voir sous ce terme ? Souvent une otite de Voltolini, une panotite avec lésions et de

l'oreille moyenne et de l'oreille interne. Mais quand il n'y a pas dans la caisse trace d'inflammation pré-existante, il semble qu'on doive être amené à mettre en cause une méningite. Or, dans ses leçons sur les affections parasyphilitiques, M. Fournier déclare qu'il croit à l'existence d'une méningite parasyphilitique.

La syphilis n'agit-elle pas encore en produisant des malformations de l'oreille; sans doute il est difficile d'affirmer une malformation, mais cette idée ne vient-elle pas à l'examen de certains tympans de souds-muets opaques, sans reflet lumineux et où il n'existe pas de traces d'inflammation vraie.

Il nous semble, d'après l'observation d'un certain nombre de faits que c'est par l'étude des malformations et des lésions parasyphilitiques que l'on donnera à la syphilis comme cause de surdi-mutité, sa vraie place étiologique, place certainement plus importante qu'on ne le croirait au premier examen des faits.

On est souvent embarrassé pour diagnostiquer la syphilis ; la cause en est certainement dans la difficulté de faire avouer aux parents leur passé pathologique, et de faire chez les enfants des diagnostics rétrospectifs. Il semble qu'il y en ait une autre nous avons été frappé de la rareté des lésions vraiment de nature syphilitique, au lieu que les malformations, les dents d'Hutchinson pour parler

de la plus reconnue sont très fréquentes ; il semble qu'on se trouve en présence de conséquences lointaines d'une maladie qui a perdu son pouvoir de créer des lésions spécifiques.

Evidemment à mesure qu'on s'éloigne des vraies lésions, le diagnostic hésite davantage ; mais un symptôme comme la léthalité vraiment énorme des frères et sœurs n'est-il pas presque caractéristique ? Une observation de ce genre ne doit-elle pas faire conclure à la syphilis ?

Un enfant de 3 ans $1/2$; se présente à la clinique le 12 mai ; il est sourd-muet de naissance. Là mère n'ait toute maladie dans la famille ; mais des 4 enfants nés avant celui-ci, tous sont nés avant terme, 2 sont morts en naissant, 2 vers l'âge de 18 mois ; un frère cadet, le sixième enfant, est bien portant.

Cela ne rappelle-t-il pas une observation de Wilson (*zeitschrift für ohren*. vol. XV 1885) où l'on voit dans une famille entachée de syphilis 2 avortements, un enfant qui devient sourd-muet, un deuxième atteint d'otorrhée en bas-âge, puis nouvel avortement, un troisième enfant qui meurt à quelques mois, un quatrième bien portant, un quatrième avortement, un cinquième enfant bien portant, un sixième qui a une otorrhée dans la première enfance ; c'est-à-dire sur 10 grossesses 4 avortements, une mort presque à la naissance, un sourd-muet et deux otorrhées.

Les altérations anatomiques de la surdi-mutité ont été étudiées par Gradenigo qui a publié en 1887 2 relations d'autopsies (1 est de Politzer) faites sur des sourds-muets syphilitiques; les lésions consistaient en néoformation ostéo-fibreuses du vestibule et de la base du limaçon.

Baratoux en 1888 a publié la relation d'un certain nombre d'autopsies de syphilitiques héréditaires morts après la naissance ou dans la première enfance, il a trouvé des lésions presque constantes du labyrinthe et de la caisse. La question de l'anatomie pathologique de la surdi-mutité spécifique est somme toute encore fort mal connue.

CONCLUSIONS

1° Les manifestations de la syphilis sur l'oreille externe sont peu fréquentes et ne présentent guère de particularités cliniques.

2° Il existe certainement une otite moyenne, sèche, catarrhale ou purulente due à la syphilis et présentant comme lésion fondamentale une périostite de la caisse.

3° Il est de grande importance de bien connaître les otites internes spécifiques. Malgré leur gravité, le traitement doit toujours être institué avec persévérance et il existe d'incontestables succès.

4° En outre des lésions vraiment spécifiques, la syphilis peut donner lieu, sur les diverses parties de l'organe de l'ouïe à des lésions d'origine, sinon de nature syphilitique; ces lésions sont justifiables du traitement dans une certaine mesure tout au moins.

5° La syphilis peut être cause de surdi-matité,

non seulement par l'intermédiaire des lésions spécifiques, mais aussi probablement en produisant des malformations et des tares non spécifiques.

Vu le Président de la thèse :

FOURNIER

Vu le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de Dechambre. Articles oreille par Ladreit de Lacharrière.

1883 (1).

BRUNCHER. Syphilis de l'oreille Th. de Nancy.

HESSLER Gomme du pavillon de l'oreille (*Archiv für Ohren.* XX p. 242).

DAVID WEBSTER. Un cas d'affection syphilitique du labyrinthe
The Planet 15 avril.

ZUCKER. Syphilis de l'oreille externe *Zeitschrift für Ohren.* XIII.

1884.

JÉGU. Syphilis de l'oreille Th. Paris.

HERMET. Syphilis héréditaire dans ses manifestations sur l'appareil auditif. *Annales de dermat. et de syphilis*, mars.

VOQUET. Un cas de syphilides papulo-ovoïdes hypertrophiques des conduits auditifs externes. *Revue mensuelle de laryngologie*, juillet.

BARATOUX. Sur les gommes du tympan id.

HAAU. Surdité bilatérale complète due à la syphilis héréditaire *Saint-Louis Courier of Médecine* mars.

(1) Pour les médications bibliographiques antérieures se rapporter aux thèses de Bruncher et de Jegu.

1885.

FOURNIER. Leçon sur la période péataxique du tabes d'origine syphilitique.

HERMET. Chancres indurés de l'oreille *Annales de dermatologie* février.

THOMAS RAU. Surdité subite bilatérale d'origine nerveuse. *Brit. Méd. Journ.* p. 22 juin.

WOAKES. Syphilis de l'oreille. *Brit. Médic. Journ.* p. 642 octobre.

ALBERT BUCK. Hautes doses d'iodure de sodium ou de potassium dans la surdité brusque. *Médical Record* 6 septembre.

WISSON. Observations cliniques d'otites *Zeitschrift fur Ohren.* vol. XV livre IV.

1886.

FOURNIER. La syphilis héréditaire tardive.

1887.

GRADENIGO. De l'otit  interne primitive et particulièrement de l'otit  interne liée à la syphilis héréditaire. *Archive fur Ohrenheilkunde* 24 nov. p. 237.

BUCK. Communication à la Société otologique américaine. 19 juillet.

F LICI. Syphilides des oreilles. Bollettino delle malatt. del orecchio n  3.

BURNETT. Affections syphilitiques de l'oreille interne *Médic. Journal. Glasgow.*

1888.

BARATOUX. Sur quelques altérations de l'oreille interne dans la syphilis héréditaire. *Progrès Médical*, 20 août.

TURNBULL. La syphilis de l'oreille comme cause de surdité Weckly médic. trev. octobre.

1889.

JONES. Syphilis de l'oreille externe moyenne et interne. *Saint-Louis Courier of Médecine* avril.

COZZOLINO. La syphilis acquise et héréditaire de l'oreille ; ses rapports avec la région naso-pharyngée. *Collezione italiana di letture sulla medicina*, série IV, n° 9.

EICHERG. Surdité consécutive à une affection syphilitique du labyrinthe. *Cincinnati Lancet*, mars.

JULLIEN. Sur une lésion des cartilages de l'oreille dans la syphilis secondaire. *Annales de dermat.* X, 2.

ARTEAGU. De la syphilis auriculaire. *Revue de laryng.*, mars.

1890

TREITEL. Des affections de l'oreille dans le tabes. *Zeit. fur Ohren.* XX, 3 et 4.

MORPURGO. L'organe de l'ouïe dans le tabes. *Archiv. fur Ohren.* XXX, p. 1 et 2.

KIRCHMER. Syphilis de la caisse du tympan. *Le Scalpel*, 16 février.

MINOS. De la surdité profonde dans la syphilis héréditaire tardive *France Médicale*, 10 janvier.

HERMET. Syphilis et surdité. Compte rendu du Congrès d'otologie. Paris, p. 306.

1891

HOLGER-MYGINO. De la surdité syphilitique héréditaire. *Uygind. Nodiskf méd. Arkiv.* XXII, n° 7.

ONSPENSKY. De la syphilis oreille. Société des médecins russes, 8 mai.

RUPP. Syphilis de l'oreille externe. *Journal of cutan. dis.*, octobre.

1892

LEWIN. Syphilis héréditaire tardive chez un sourd-muet. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, p. 710, 15 juillet.

MYGIND. Surdité par syphilis héréditaire. *Journal. of laryng.* août.

CHARAZAC. Sur l'otité interne syphilitique. *Rev. laryng.*, 15 juin.

BARCLAY. Surdité subite par syphilis héréditaire. *Méd. News*, 15 avril.

FELICI. Un cas de guérison de syphilis labyrinthique bilatérale, congrès de la soc. ital de laryng., Rome, octobre.

RICARDO BOTEY. Un cas de syphilis du labyrinthe. *Gaceta medica catalona*, 15 mars.

HERMET. Leçons sur les maladies de l'oreille.

1893

DELIE. Surdité et syphilis tertiaires tardive acquise ou héréditaire. *Annales des mal. de l'oreille*, etc., août.

DELSAUX. Otité labyrinthique syphilitique. Société des laryng. belges, 4 juin.

GRADENIGO. Statistique de la Policlinique de Turin. *Ann. des mal. de l'oreille*, août.

VENDEL. Otité externe syphilitique tertiaire.

DESCHAMPS. Surdité profonde syphilitique. *Dauphiné Médical*, octobre.

PLICQUE. Surdité et syphilis. *Gaz. des hôpitaux*, 14 novembre.

TOERLITZ. Etude de la syphilis de l'oreille. *New-York Médic. Journ.*, 7 octobre.

1894

LINTHICUM. Syphilis du canal auditif. *New-York, méd. record*, p. 232, 19 août.

PANIGLI. Un cas de labyrinthite syphilitique. *Boll. mal. dell'orecchio*. VII, 3.

Congrès de médecine internationale de Rome, 29 mars au 3 avril, communications de Gradenigo, etc.

HERMET. Des surdités syphilitiques. Soc. française de dermatol., 13 décembre.

1895

GRADENIGO. La sclérose auriculaire comme manifestation parasymphilitique dans le syphilis héréditaire tardive. *Archiv. ital di otol.* II, 4,

ROCHON. Chancre induré du lobule de l'oreille. *Méd. moderne*, 21 juillet.

1896

HABERMANN. Les affections syphilitiques de l'organe ouïe. *Klin. Vortraege Bands zéna*, mars.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction ..	7
Oreille externe....	9
Syphilis de l'oreille moyenne.....	11
Syphilis de l'oreille interne.....	24
Otite interne de la syphilis acquise.....	24
Otite interne de la syphilis héréditaire.....	34
Surdi-mutité.....	37
Conclusions	43
Index bibliographique.....	45

